

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

77

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 28 novembre 1900, à 1 heure

Par ALFRED CHATIN

Né à Grenoble le 6 septembre 1873.

LES

CHANCRÉS SIMPLES
EXTRA-GÉNITAUX

Président : M. FOURNIER, professeur.

*Jugés { MM. PINARD, professeur.
GAUCHER et VARNIER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

77

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 28 novembre 1900, à 1 heure

Par ALFRED CHATIN

Né à Grenoble le 6 septembre 1873.

LES

CHANCRES SIMPLES EXTRA-GÉNITAUX



Président : M. FOURNIER, professeur.

*Juges { MM. PINARD, professeur.
GAUCHER et VARNIER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.		M. BROUARDEL
Professeurs		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHEL.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale	}	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale		HUTINEL.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie		TERRIER.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		LANDOUZY
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée		BRISAUD.
		CHANTEMESSE.
Clinique médicale	}	POTAIN.
		JACCOUD.
Maladie des enfants		HAYEM.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		DIEULAFOY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GRANCHER.
Clinique des maladies du système nerveux		JOFFROY.
		FOURNIER.
Clinique chirurgicale	}	RAYMOND.
		BERGER.
Clinique ophthalmologique		DUPLAY.
Clinique des maladies des voies urinaires		LE DENTU
Clinique d'accouchements		TILLAUX.
		PANAS.
		GUYON.
		BUDIN.
		PINARD.

Agrévés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (Aug.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (André)	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHARRIN	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LAUNOIS	TEISSIER	
DELBET	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. AIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N° -

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 28 novembre 1900, à 1 heure

Par ALFRED CHATIN

Né à Grenoble le 6 septembre 1873.

LES

CHANCRES SIMPLES EXTRA-GÉNITAUX

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges { MM. PINARD, professeur.
GAUCHER et VARNIER, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pat ologie médicale	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	HUTINEL.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	BRISAUD.
	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY
	GRANCHER.
Maladie des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	BERGER.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale	LE DENTU
	TILLAUD.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (Aug.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (André)	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHARRIN	LANGLOIS	SEBILLEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LAUNOIS	TEISSIER	
DELBET	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. AIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

Affectueux hommage.

A MON COUSIN LE D^r JOANNÈS CHATIN

Professeur à la Sorbonne (Faculté des Sciences),

Membre de l'Académie de Médecine.

Membre de l'Institut.

Chevalier de la Légion d'honneur

Faible témoignage de reconnaissante et cordiale gratitude.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR A. FOURNIER

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur.

LES

CHANCRES SIMPLES

EXTRA-GÉNITAUX

AVANT-PROPOS

Nous avons eu l'occasion de voir dans le service de M. le Professeur Fournier à l'hôpital Saint-Louis un malade affecté de chancres simples extra-génitaux. Nous avons cru intéressant d'essayer de fixer les caractères de cette catégorie de chancres et de rechercher dans la science les observations publiées. Aucun travail d'ensemble n'existe sur ce sujet.

Mais avant d'entrer plus avant dans l'exposé de nos recherches, il nous reste à remplir un agréable devoir.

Au terme de nos études médicales nous tenons à remercier tous ceux qui furent nos maîtres, d'abord à l'école de Grenoble, puis dans les hôpitaux et à la Faculté de médecine de Paris.

Nous avons toujours trouvé auprès des chefs qui nous

acceptèrent comme élèves, leçons instructives et bienveillant accueil.

Le cours magistral de M. le docteur Bordier, directeur de l'Ecole de Grenoble, est encore dans notre mémoire, il restera le précieux souvenir d'un enseignement aussi vibrant que scientifique. Nous le remercions vivement de la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

Merci cordial à nos cousins les docteurs Nicolas et Porte qui nous initièrent aux difficultés de la clinique et de la séméiologie.

Nous conserverons le meilleur souvenir des leçons de pathologie externe et de clinique chirurgicale que nous ont prodiguées les docteurs Allard, Girard, Pegoud et Perriol.

A notre arrivée à Paris nous avons été accueilli avec la plus haute bienveillance par Monsieur le professeur Paul Berger, ses savantes cliniques de la Pitié que nous avons suivies pendant deux ans resteront la base de nos connaissances chirurgicales, qu'il reçoive l'assurance de notre respectueux dévouement.

M. le professeur Budin et M. le docteur Champetier de Ribes ont été nos maîtres dans l'art des accouchements, nous tenons à les en remercier.

Nous nous réjouissons d'avoir fréquenté longtemps la consultation médicale de la Pitié, ou à l'école de Monsieur le professeur agrégé Teissier nous avons eu l'exemple du maître savant et bon, qui à un enseignement scientifique précis joignait pour ses malades un accueil, qui savait leur donner l'espoir, précurseur de la guérison. Qu'il

veuille bien agréer l'hommage de notre reconnaissance pour le bienveillant intérêt qu'il nous a toujours témoigné.

M. le Docteur Edmond Fournier, chef de clinique de la Faculté à l'hôpital St-Louis, après nous avoir donné l'idée de notre sujet, a bien voulu nous aider de sa haute compétence et nous diriger dans nos recherches ; nous sommes heureux de pouvoir lui adresser ici nos remerciements sincères, faible témoignage de notre reconnaissante gratitude.

C'est avec une obligeance exquise que M. le Docteur Thibierge médecin du service de dermatologie de la Pitié, nous donna des conseils pour la rédaction de notre travail et pour nos recherches bibliographiques, nous tenons à lui en témoigner toute notre sincère reconnaissance.

Monsieur le professeur Fournier en même temps qu'il nous autorisait avec la plus large bienveillance à fouiller dans les archives si riches de son service à l'hôpital Saint-Louis a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. C'est un honneur dont nous sentons tout le prix et dont nous le remercions profondément.

Notre excellent ami M. Georges Lebreton, externe des hôpitaux, nous a aidé dans nos recherches à la bibliothèque, qu'il accepte ici le témoignage cordial de notre affectueuse amitié.

INTRODUCTION

Quand le chancre simple, cette lésion presque toujours d'origine vénérienne siège en dehors des régions génitales, la pensée de sa véritable nature se présente rarement à l'esprit ; et comme le disait M. le professeur Fournier à la séance de la Société de dermatologie du 13 février 1893. « La rareté du chancre simple extra-génital, surtout de la face est due à ce que nous le recherchons avec les caractères qu'il n'a pas ». Ce serait donc d'après notre éminent maître un chancre souvent méconnu et cela parce que les caractères n'en sont pas nettement établis, et souvent très différents du chancre simple génital, que nous sommes habitués à traiter.

Si pareille lésion survient secondairement chez un malade atteint déjà de chancres génitales, l'attention pourra être mise en éveil ; si tout au contraire la lésion extra-génitale se produit accidentellement chez un sujet non porteur de chancre génital, le diagnostic sera des plus difficiles, à moins que le malade n'ait été en contact avec un sujet atteint de chancres simples.

Pour tâcher d'obvier à ces difficultés de diagnostic nous nous efforcerons donc par les observations que nous reproduisons et celles inédites que nous publions de fixer les caractères précis du chancre simple extra-génital.

Mais comme il est soumis à de grandes variations suivant les terrains sur lesquels il se développe, nous en arrivons naturellement à diviser notre étude des chancres extra-génitaux d'après leur siège.

Nous étudierons donc successivement :

1° *Les chancres céphaliques.*

2° *Les chancres du membre supérieur.*

3° *Les chancres du tronc* auxquels nous ajouterons brièvement les chancres péri-génitaux de la région génito-anale.

4° *Les chancres du membre inférieur.*

De plus l'étiologie nous paraissant d'une grande importance surtout au point de vue prophylactique, nous verrons successivement dans chacune des catégories énoncées ci-dessus.

a). — Les chancres extra-génitaux que nous appellerons *primitifs* (à diagnostic difficile) c'est-à-dire ne succédant pas à un chancre génital et n'étant pas le résultat d'une auto-inoculation.

b). — Les chancres extra-génitaux *secondaires* à un chancre génital préexistant chez le même individu.

La prophylaxie du chancre simple est fréquemment négligée, nous insistons sur ce point dès le début de notre travail; nous verrons en effet dans le cours de nos observations que souvent, le plus souvent même, les chancres de la face, du tronc, des membres sont produites par des chancres génitaux. Le malade s'auto-inocule lui-même.

De là, comme on le fait pour la blennorrhagie dans le but d'éviter la redoutable ophtalmie gonococcique, la né-

cessité de recommander à tout porteur d'ulcération chancreuse de prendre de grands soins de propreté ; on lui fera éviter tout contact de ses doigts avec des linges ou des objets de pansements souillés par le pus du chancre, on lui apprendra que toute écorchure grattée avec des doigts contaminés, peut servir de porte d'entrée au virus et déterminer sur son visage une plaie aussi peu esthétique que douloureuse, on lui recommandera enfin de se désinfecter les mains avec un liquide antiseptique et cela après chaque pansement de son affection.

Avant de voir séparément chacune des catégories énoncées ci-dessus, jetons un coup d'œil d'ensemble sur les chancres extra-génitaux en général.

Si la liste des chancres indurés extra génitaux est déjà des plus longues, il n'en est pas de même pour le chancre simple.

Les localisations en dehors de la zone génitale du virus chancrelleux sont en effet rares et souvent aussi elles doivent être méconnues. La maladie en elle-même quoique n'ayant pas une gravité considérable présente dans quelques cas une tendance au phagédénisme et à la suppuration ganglionnaire qui surtout lorsqu'elle se trouve située dans des régions exposées aux regards comme les lèvres, le front, le menton peut comporter pour le patient des conséquences fort désagréables. A côté de localisations rares, les chancres des lèvres, des doigts, des cuisses, loin d'être difficiles à rencontrer s'imposent au contraire en pratique avec un certain degré de fréquence. Nous voyons en effet en nous reportant aux statistiques publiées à ce sujet :

1^o Statistique de Debauche de Lyon.

206 CAS : FEMMES.

Fourchette, fosse naviculaire	78
Grandes lèvres	19
Petites lèvres.	16
Méat urinaire avec prolongation uré-	
thrale.	21
Voisinage du méat	2
Vestibule	4
Clitoris	1
Entrée du vagin, en dehors des caron-	
cules	17
Vagin en arrière des caroncules . . .	7
Col utérin	1
Marge de l'anus	25
Sillon interfessier	5
Périnée	5
<i>Face interne des cuisses</i>	<i>5</i>
<i>Hypogastre.</i>	<i>2</i>

2^o Statistiques réunies de Ricord et A. Fournier.

788 CAS : HOMMES.

Gland ou prépuce	643
Fourreau de la verge	36
Chancres à la fois prépuce et fourreau	
Fourreau et gland.	41

Verge.	25
Méat urinaire	20
Chancres intra-urétral.	8
Scrotum	3
Pubis.	3
Doigts	3
Face interne de la cuisse	2
Anus.	3
Région thoracique antérieure.	1

Si aux résultats de ces deux statistiques nous joignons ceux de Clerc et Labarthe nous obtenons le total suivant :

	Chancres génétaux	Chancres extra-génétaux
Ricord et Fournier.	751	37
Debauge	166	40
Clerc	2000	20
Labarthe	102	2
L. Le Fort	736	»
Millet	210	»
	3956	99

Nous pouvons donc conclure que les chancres extra-génétaux sont aux chancres généraux comme 1 est à 40 (1).

Nous ferons remarquer de plus que dans toutes les statistiques produites il n'est fait aucune mention du chancre céphalique qui est un facteur de fréquence relativement important, comme nous le verrons plus loin. Cela

1. *Maladies vénériennes*, Jullien, p. 325.

ramènerait à peu près les chiffres, croyons-nous, à un chancre extra-génital pour 33 ou 34 génitaux, soit plus simplement 3 0/0 environ. Pour n'être pas très élevé, c'est là un degré de fréquence respectable ; soit 30 chancres extra-génitaux pour 1000 chancres de tout siège.

Si nous rapprochons ces chiffres de ceux indiqués par M. le professeur Fournier pour les chancres infectants, nous voyons que ces derniers sont encore deux fois plus abondants. La statistique donne en effet 6 à 7 chancres extra-génitaux pour 100 soit 60 à 70 pour 1000.

De plus, pour les infectants comme pour les chancres simples la quantité doit en être beaucoup plus considérable, et la proportion ci-dessus, est certainement plus forte. Les raisons données de ce fait par M. Fournier s'appliquent merveilleusement au cas qui nous intéresse, nous les reproduisons donc :

1° En raison même de leur localisation insolite, bon nombre de ces chancres échappent forcément à l'attention des malades et restent ignorés en tant que chancres.

2° Pour un certain nombre, ces chancres, alors même qu'ils sont soumis à un examen médical, ne sont pas diagnostiqués chancres, et pour cause. Leur siège insolite déroute absolument le praticien et fait qu'on ne songe même pas à en soupçonner la qualité chancreuse.

3° Toujours et forcément un certain nombre échappera aux statistiques des syphiliographes. C'est ainsi que les chancres digitaux, réputés le plus souvent panaris ou tourniole prendront la route des consultations de chirurgie. C'est ainsi que les chancres oculaires prendront la route des dispensaires d'ophtalmologie. Nous verrons de

ce fait un exemple frappant dans l'observation de Vignes, où un malade atteint de chancre de la conjonctive fut traité longtemps par un chirurgien.

Dans notre étude nous ne nous occuperons pas du traitement, qui d'ailleurs ne diffère que fort peu de celui employé pour les chancres génitaux. Nous renvoyons pour cela aux auteurs ayant traité spécialement la question.

Etant donné leur importance nous étudierons en premier lieu les chancres de la région céphalique.

1° CHANCRES CÉPHALIQUES

De tous les chancres extra-génitaux le chancre céphalique est certainement un des plus fréquents, néanmoins dans la pratique il est assez rare de le rencontrer.

Ce chancre qui au point de vue clinique présente un intérêt considérable est loin d'avoir conservé l'importance théorique qu'il avait il y a une quarantaine d'années, lors des luttes mémorables qui divisaient les syphiliographes en unicistes et dualistes.

On a cherché longtemps à élucider les raisons de cette rareté. Voici, d'après Jullien, les causes invoquées.

Une certaine quantité de chancres infectants reconnaissent pour origine les rapports anormaux de la bouche avec les organes génitaux ; pourquoi de pareilles manœuvres ne serviraient-elles pas à la propagation du chancre mou ? La raison en est simple. La symptomatologie nous apprend que si le chancre syphilitique parcourt parfois ses périodes sans être aperçu ou même soupçonné, soit par la personne qui en est atteinte soit par

autrui, il n'en est pas de même du chancre simple. Ce dernier s'accompagne toujours d'une ulcération à grands fracas, au moins d'une solution de continuité visible, tangible, suppurant et surtout inspirant assez de répulsion pour interdire les rapports *ab ore*.

A ces raisons nous en ajouterons une tirée d'une immunité relative de la région ; la face est un terrain peu propre pour la germination du chancre simple ; la vascularisation en est très intense. De plus, depuis les travaux d'Albert de Lyon sur le traitement du chancre simple par la chaleur, nous savons que la température élevée de la bouche est défavorable à l'ulcération chancrelleuse qui s'étiolo facilement et disparaît d'elle-même en peu de jours.

L'étiologie de chancre simple céphalique est presque toujours la même. Rapports génitaux buccaux pour les chancres des lèvres, du menton, ou grattage des petites plaies par des mains malpropres et des doigts souillés de contagion chancrelleux. Très souvent la contagion est *médiate*, les doigts servant de véhicule sans présenter de lésions eux-mêmes.

C'est une contagion analogue à celle que produit dans la syphilis le verre ou la pipe souillés de pus syphilitique.

Nous reproduisons ici les observations de chancres céphaliques que nous avons trouvé épars dans la littérature médicale ; nous en déduirons ensuite quelques considérations générales sur leur siège respectif, leur symptomatologie et leur diagnostic.

Comme nous l'avons déjà dit nous diviserons nos obser-

vations en observations de *chancres extra-génitaux primitifs*, ceux dans lesquels le diagnostic est de beaucoup le plus difficile, aucun commémoratif ne venant à notre aide, et en *chancres secondaires* à un chancre génital préexistant :

Dans toute notre étude des chancres céphaliques nous nous sommes inspirés du remarquable mémoire d'Eudtitz sur les chancres simples de la face publié dans les *Archives générales de médecine* de 1897.

a). — Chancres primitifs de la face.

OBSERVATION I

Ricord. *Traité des maladies vénériennes*, 1851, obs. XXI.

Ulcération primitive virulente, non indurée, de *la gencive supérieure* contractée par l'application de la bouche sur les organes génitaux d'une femme affectée de chancres. Durée très courte. Guérison par des cautérisations au nitrate d'argent et des lotions au vin aromatique. Aucune affection constitutionnelle n'a été constatée sur le malade revu dans la suite.

Le diagnostic n'a pas été vérifié par l'inoculation artificielle.

OBSERVATION II

(Diday. Etude sur le chancre céphalique. Lettre à M. A. Fournier
Union médicale, 1858).

Chez une femme de 19 ans ulcération de la *lèvre inférieure* ayant persisté un mois avec tous les caractères d'un chancre primitif. Pas d'induration. Pas d'adénite. Pas d'accidents constitutionnels. Origine inconnue.

OBSERVATION₅ III

(Thiry. Recueillie par Spack. *Presse méd. belge*, 1892).

P... M., 19 ans, lymphatique, entre à l'hôpital Saint-Pierre le 2 mai 1862. A la suite d'un coït buccal, elle a vu se développer à la partie médiane de la *lèvre inférieure*, une ulcération qui a les caractères suivants : Ayant envahi toute l'épaisseur de la lèvre inférieure, elle est arrondie et dépasse la dimension d'une pièce de un franc. Le fond de l'ulcère est d'un gris sale, exsudant un pus séro-sanguinolent, bords déchiquetés, décollés, inégaux, peu douloureux. Adénoopathie sous-maxillaire gauche. Rien aux parties génitales ni à la gorge.

Cautérisation du chancre au crayon de nitrate d'argent. Ce chancre diagnostiqué chancre simple par M. Thiry, chef de service est guéri le 25 juin sans laisser la moindre induration sous-jacente. La fille reste encore 2 mois à l'hôpital en observation et le 26 août, elle sort sans avoir présenté la moindre trace de syphilis.

OBSERVATION IV

(Lorezina. *Gaz. méd. ital. Lombardia*, 1863).

R... T..., 19 ans, d'aspect rachitique entre au syphilicôme de Milan le 18 juin 1862 pour la gale. En l'examinant on découvre à la face interne de la *lèvre inférieure*, à proximité de l'angle droit de la lèvre un ulcère à forme arrondie parfaitement mou, à fond jaune sécrétant beaucoup et douloureux, d'un diamètre approximatif d'un centimètre et demi.

Pas d'engorgement des ganglions sous-maxillaires, rien aux amygdales, à la peau ou aux parties génitales.

L'année précédente la malade avait été traitée à plusieurs reprises pour des chancres mous vulvaires ; jamais elle n'a présenté d'accidents syphilitiques.

Le chancre labial actuel contracté par un contact obscène de la bouche fut traité par des cautérisations au nitrate d'argent ; il guérit au bout de vingt-sept jours de traitement sans laisser d'induration.

La malade sortit guérie et rentra l'année suivante pour de nouveaux chancres mous vulvaires sans aucune syphilis.

OBSERVATION V

(Puche. *In* Dr Jaccoud. Chancre simple. 1867.

A..., entré à l'hôpital le 17 novembre 1861, présentant sur la peau de la *lèvre inférieure*, vers la ligne médiane une ulcération chancreuse circulaire, de la largeur d'une pièce de cinquante centimes offrant tous les caractères d'un chancre simple. Cette ulcération qui remonte à 34 jours environ s'est manifestée une huitaine de jours après un rapport buccal. Pour tout traitement une seule cautérisation au nitrate d'argent. Adénite légère sous-hyoïdienne. Ce chancre qui présentait une légère induration de base et que je considérai comme un chancre simple, dit l'auteur, fut diagnostiqué chancre infectant par le Dr Cullerier.

Le 18. — Inoculation sur l'abdomen ; pendant l'opération, le malade se pique au doigt avec la lancette chargée de pus. Les jours suivants un double chancre s'était produit à l'abdomen et au doigt. Le malade quitta l'hôpital le 31 décembre guéri de ses chancres sans avoir présenté aucun symptôme de syphilis.

Cette observation est des plus nette et nous pensons qu'il ne peut y avoir de doute, il s'agissait bien d'un chancre simple de la lèvre. L'inoculation qui par la faute du malade a été double a tranché le diagnostic incertain.

OBSERVATION VI

(Desprez *in* Labarthe. Th. Paris, 1872).

M. Desprez. — Une femme de mon service atteinte de chancres simples à *la joue*, déterminés par les égratignures d'une autre femme du service qui avait volontairement imprégné ses doigts de pus.

Cette observation est surtout bizarre comme étiologie, je crois qu'elle est la seule de son espèce dans la science.

OBSERVATION VII

Profeta. (Ann. de dermatologie, 1873-1874, t. V. p. 197).

L. S..., présentait en 1866 un chancre mou datant de deux années. De la *commissure droite des lèvres* où il avait pris naissance, il s'était étendu peu à peu à toute la joue du même côté et à presque tout le front, se cicatrisant d'un côté pour s'élargir d'un autre suivant toujours une marche chronique et progressivement envahissante. Il était très vaste et divisé par une cicatrice en deux moitiés égales, l'une au front et l'autre à la partie supérieure de la joue s'étendait en arrière jusqu'au pavillon de l'oreille, en avant jusqu'à l'aile du nez. De forme irrégulière, à base engorgée, non dure, à fond couvert de matières jaunâtres, à bords décollés, il était en proie au phagédénisme serpiginieux et dans quelques points il devenait perforant.

Quelques mois auparavant la malade avait eu une plaie au

doigt indicateur de la main gauche avec lequel il avait l'habitude de toucher le chancre et la figure. Pas trace de syphilis, pas d'adénopathies.

Le malade avait été traité pendant plusieurs mois comme syphilitique, avec de la pommade mercurielle et des pilules au calomel. Je diagnostiquai un chancre non infectant et j'attribuai le phagédénisme au traitement mercuriel. Ce traitement fut supprimé et des applications de vin aromatique et d'une solution de tartrate ferrico-potassique amenèrent une cicatrisation qui était presque complète lorsque je le perdis de vue.

Sûr de mon diagnostic j'acceptai que l'on fit *sur moi* l'inoculation du pus de cet ulcère céphalique. Il en résulta un chancre mou dont le pus inoculé de nouveau produisit un second chancre mou. Ces chancres ont été vus par Colomiot, Meredyth à Londres, Thiry à Bruxelles, Küss à Strasbourg, Pellizari à Florence.

OBSERVATION VIII (Idem).

C.-M... barbier, se présente pour 3 ulcères, l'un siégeant à l'index de la main gauche ayant la grandeur et la forme de la moitié d'une pièce de cinq centimes, très douloureux à bord décollé à fond grisâtre ; adénopathie ascillaire. Les deux autres ulcères présentaient les mêmes caractères, moins l'adénite, et siégeaient *sur la partie moyenne des 2 lèvres* ayant le diamètre et la forme d'une pièce de 2 centimes. Deux mois avant le barbier qui exerçait la médecine avait incisé un bubon inguinal symptomatique de chancres mous multiples, et s'était blessé l'index qu'il avait immé-

diatement porté à sa bouche ; quelques jours après les chancres étaient formés. Le malade loin de suivre mes conseils n'en fit aucun cas et de nouveaux chancres parsemèrent sa figure, je l'ai rencontré dans cet état pendant une année puis je l'ai perdu de vue.

Pour ces deux observations la première ne peut soulever aucun doute, à ce propos, admirons le courage de Profeta qui sûr de son diagnostic ne craignit pas de se prendre lui-même comme sujet d'inoculation. La seconde manque de la preuve scientifique de l'inoculation bien que par ses détails tout fasse croire qu'il s'agissait réellement de chancres simples.

OBSERVATION IX

(Venot. Bordeaux médical. Avril 1875, p. 105).

Quant au chancre mou de contagion, dit Venot, on peut en citer déjà un assez grand nombre d'observations. Mon père soumit il y a plusieurs années à l'examen de Ricord un malade portant *à la lèvre* un chancre non phagédénique.

OBSERVATION X (Idem).

Fille publique sans affection vénérienne antérieure présente une ulcération remontant à une vingtaine de jours, occupant le rebord labial, d'un diamètre d'un centimètre et demi, à bords raidelement découpés, à fond sanieux, grisâtre sans induration de base. Adénite sous-maxillaire douloureuse.

Elle est guérie au bout de 32 jours par un traitement purement local.

Cette fille revue ultérieurement n'a présenté aucune trace d'accidents généraux.

OBSERVATION XI

X..., se présente à moi le 4 février avec une ulcération sinueuse aux abords enflammés, à fond gris occupant la *commissure labiale* gauche et datant de 3 jours. Ganglion parotidien. Rapports buccaux 10 jours auparavant. Inoculation du pus de l'ulcération labiale à la cuisse du malade ; celle-ci est positive et donne lieu à un chancre simple typique. L'ulcération de la lèvre guérit vers la fin de février ; le chancre d'inoculation a résisté un peu plus longtemps. Le ganglion n'a pas suppuré. Santé générale parfaite.

OBSERVATION XII

(Celso Pellizari, Milan, 1882, p. 9).

Un cas est survenu cette année chez un infirmier de Sainte-Marie Pinova, attaché au service des vénériens qui fut atteint accidentellement d'un chancre mou *de la face*.

Le diagnostic fut confirmé par l'auto-inoculation positive.

L'observation manque de détails mais il semble bien que le diagnostic ne puisse être mis en doute.

OBSERVATION XIII

(Vignes. *Presse médicale*, 19 juillet 1899, p. 29).

Sujet: homme de 50 ans, bien portant, atteint d'une *violente suppuration conjonctivale* avec papilles saignantes, chémosis et œdème palpébral de l'œil gauche. On devait, à première vue, penser à une ophtalmie à gonocoque, instillation au nitrate d'argent et lavage au permanganate. Cet homme n'était pas blennorrhagique et affirmait ne s'être exposé à aucun contact suspect.

Dans les jours qui suivent, le traitement semble aggraver la situation, d'autre part la cornée bien que baignée de pus restait intacte et l'examen bactériologique du pus ne décelait aucun gonocoque.

Le troisième jour examinant plus attentivement cet œil qui venait d'être lavé au permanganate je remarquai après avoir ectropionné la paupière supérieure, à la partie supéro-externe du globe dans l'espace inter-musculaire une exulcération conjonctivale qui s'étendait jusqu'au cul-de-sac et reconnaissable à la teinte plus accusée que celle de la muqueuse avoisinante, colorée par le permanganate.

Pour bien me rendre compte de cet accident, je substituai aux lavages de permanganate une solution boriquée. Dès le lendemain, il m'était possible de reconnaître que tout le pus dont l'œil était souillé provenait d'une ulcération conjonctivale de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, étendue jusque dans le cul-de-sac à bords à pic, sans pourtour induré, à fond jaunâtre suppuré.

Il existait de l'adénite douloureuse des ganglions pré-auriculaires et même des cervicaux.

Quelle pouvait être l'origine de cette suppuration ?

Je fis rechercher le bacille tuberculeux, l'examen fut négatif.

Le malade était, il est vrai syphilitique, mais depuis 25 ans, il avait toujours été bien soigné. D'ailleurs, quelles lésions syphilitiques pourraient bien représenter ces accidents suraigus et s'il eussent été spécifiques, comment expliquer cette adénite douloureuse ? J'en étais réduit à des conjonctures, quand j'appris vers le 7^e jour que ce malade avait un fils atteint de chancrelle avec bubon suppuré et incisé, auquel il faisait chaque jour ses pansements. Je considérai dès lors cet accident comme un chancre et le traitai comme tel.

Aussitôt, la suppuration diminue, l'ulcère se déterge et la réparation se fait, le tout beaucoup trop vite à mon gré.

Le malade refuse l'inoculation, la recherche du bacille de Ducrey-Unna ne peut être faite au moment voulu, mais seulement quand la cicatrisation s'achevait. Une inoculation au bras, faite au même moment, ne donne aucun résultat.

Il est grandement dommage que ce cas si intéressant de Vignes manque de preuves matérielles puisque l'inoculation et l'examen bactériologique sont restés négatifs. Toutefois il ne faut pas perdre de vue qu'ils ont été faits trop tardivement et les preuves morales paraissent suffisantes.

L'étiologie est certaine, et c'est un cas typique de chancre mou extra-génital sans aucune coïncidence avec une

ulcération chancrelleuse quelconque chez le même individu. Cet homme, ancien syphilitique, mais bien soigné, fait journellement les pansements d'un bubon inguinal consécutif à un chancre simple, quand soudain il est atteint d'une ulcération conjonctivale suppurative avec adénite des ganglions pré-auriculaires et cervicaux. L'ulcération est à bords à pics, à fond irrégulier et purulent sans pourtour d'induration. Elle est *superficielle*, mais il en est ainsi pour les chancres de la cavité buccale comme l'ont observé Thomachewsky, Emery et Sabouraud. L'adénite n'a pas été suppurative.

Cette complication d'après Jullien souvent tout au plus dans 5,70 pour 100 des chancres des autres régions. Une seule observation de Hübbenet la mentionne et dans toutes celles que nous avons ajoutées nous ne l'avons jamais retrouvée. La rapidité de la guérison dès que le traitement rationnel fut institué montre l'importance d'un diagnostic précoce, qui en l'occurrence était fort difficile et que vint seul éclairer la coexistence du chancre familial soigné par le malade. En lui indiquant le danger d'une contagion possible et la nécessité d'un lavage antiseptique pour ses mains souillées, on lui aurait probablement évité toute contamination.

Nous citons ci-dessous une observation de Hübbenet (*Union m^d.l.*, 20 mai 1858) relatant un cas de bubon suppuré à la suite d'un chancre extra-génital. Cette rareté du bubon suppuré peut être attribuée, croyons-nous, à des causes identiques à celles que nous avons données pour expliquer la rareté du chancre céphalique et sa bénignité savoir : vascularisation très intense et température élevée.

Bien que l'observation se rapporte à un cas expérimental, nous la reproduisons pour ses complications et pour la rareté du fait.

OBSERVATION HÜBBENET

(*Union médicale*, 20 mai 1858).

K. B. Soldat, 34 ans. Lymphatique entre à l'hôpital pour des végétations du prépuce, qui sont traitées et guéries en trois semaines. Pas de syphilis. Le 22 décembre 1857 inoculation sous l'*arcade zygomatique*, près de la commissure labiale gauche, avec le pus d'un chancre simple dont le diagnostic avait été vérifié par une autre inoculation.

Inoculation positive. Le 1^{er} janvier 1858 on a un ulcère à fond lardacé sans induration.

Le 3 janvier. — Adénite parotidienne qui suppure et est ouverte au bistouri, donnant lieu à un vrai chancre ganglionnaire.

Nous produisons ici toutes nos réserves au sujet de la moralité de faits de ce genre.

C'est le seul cas d'adénite cervicale suppurée et encore faut-il constater la bénignité relative de la lésion qui dure à peine 25 jours.

OBSERVATION XIV

(Jeanselme. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*.
Décembre 1893, p. 581).

Homme de 47 ans ; cinq jours après un coït suspect, vive démangeaison *au menton*, puis saillie papuleuse surmontée d'une petite pustule, et en même temps plusieurs ulcérations au niveau de la couronne du gland, dont une légèrement indurée. A l'entrée à l'hôpital, chancre du sillon balano-préputial ; au menton un peu à droite de la ligne médiane, ulcération recouverte d'une croûte jaunâtre impétigineuse ; l'ulcération a une forme arrondie, le diamètre d'une pièce de 20 centimètres, pas d'induration. La lésion est un peu surélevée au-dessus des téguments, non douloureux à la pression, fond inégal avec sécrétion purulente abondante, un ganglion sous-maxillaire médian du volume d'une noisette ; au soixante-quinzième jour après le coït suspect aucune trace de syphilis.

L'inoculation du pus de l'ulcération indurée de la verge et du pus du chancre du menton reproduisirent des chancres simples caractéristiques ; les chancres génitaux et celui du menton renfermaient le bacille de Ducrey.

Le chancre du menton s'est cicatrisé complètement après pansement à l'eau boriquée.

b). — **Chancres céphaliques secondaires.**

OBSERVATION XV

(Labarthe, Th. Paris, 1872).

Le 4 décembre 1870. — J. D. se présente porteur de trois chancres simples du gland et d'un bubon inguinal suppuré très douloureux. Le malade qui s'est traité antérieurement par des lotions au vin aromatique vient consulter pour son bubon et réclame une intervention immédiate.

Le bubon est incisé aussitôt et donne issue à une grande quantité de pus. Un tampon de charpie et des compresses sont appliquées sur le bubon et le tout est fixé à l'aide d'une épingle. Le malade rentre chez lui et prend le lit.

Le 8 décembre. — Je vais le voir et trouve le bubon et les chancres en voie d'amélioration. Mais il présente au niveau de *la lèvre inférieure* une ulcération longitudinale ayant la forme d'une gerçure profonde à bords taillés à pic, un peu décollés et dont le fond grisâtre fournit une sécrétion purulente.

Cette ulcération est apparue le 2 décembre ; le malade se rappelle que le jour où il a fait inciser son bubon, en rentrant chez lui il a défait son pansement et a mis entre ses lèvres gerçées l'épingle souillée de pus qui servait à retenir le bandage.

Convaincu que j'avais affaire à un chancre simple de la

lèvre, je fis, avec le pus de cette ulcération une inoculation au niveau de l'abdomen. Le 12 décembre l'inoculation était positive et présentait une petite vésicule entourée d'une auréole inflammatoire. Le chancre labial fut cicatrisé au nitrate d'argent et saupoudré d'iodoforme qui servait déjà au pansement des chancres de la verge.

Le 20 décembre. — Les chancres de la verge étaient cicatrisés. Celui de la lèvre le fut deux jours plus tard sans avoir été accompagné d'engorgement ganglionnaire. Enfin le bubon fut guéri le 3 janvier.

OBSERVATION XVI

(Taylor, 1873).

W. M. se présente au dispensaire de New-York le 7 janvier 1879 atteint de chancres simples du gland et du prépuce. Traitement : lotions et injections entre le gland et le prépuce d'une solution étendue d'acide phénique.

Le 19 janvier. — Les chancres du gland sont légèrement améliorés. Mais *l'œil gauche* est clos par suite d'un œdème intense de la paupière supérieure et le malade montre une lésion croûteuse s'étendant du bord externe de la crête sus-orbitaire gauche jusqu'au niveau de la ligne médiane le long de la crête. La croûte épaisse, brune verdâtre avait environ un pouce 1/2 de long. La conjonctive palpébrale était couverte de membranes fibrineuses. Le malade nous raconte que le 15 janvier il s'est blessé au-dessus de l'œil ; la blessure a saigné abondamment et il n'a mis aucun pansement. Les croûtes enlevées, je découvre une surface ulcérée présentant

les apparences d'un chancroïde typique et recouvert d'un pus abondant, les bords nettement à pic. L'ulcération à l'angle externe de la crête avait une profondeur d'un demi-pouce ; elle devenait plus superficielle vers la ligne médiane. Le malade très malpropre s'était évidemment inoculé le pus des chancres de la verge.

Une inoculation du pus de l'ulcère sur un point quelconque de l'abdomen fut positive.

OBSERVATION XVII

(Diday. *Ann. de dermatologie*, 1872-73, t. IV, 92).

Une jeune fille de 15 ans, amenée le 11 avril 1872 pour des lésions de la vulve dont elle souffrait depuis trois semaines environ.

A l'examen, je reconnais 4 chancrelles de la grande lèvre droite. Du côté de *la bouche* elle appelle mon attention sur 2 chancrelles ; le ganglion cervical à gauche est pris mais antérieur à l'apparition des chancrelles. Hymen intact. La jeune fille n'avoue rien sur les causes de ces lésions buccales. Rollet pratique au-dessus du genou l'inoculation avec du pus pris au niveau de l'ulcération de la lèvre inférieure. Quatre jours après la malade est ramenée, les ulcères sont en voie de réparation, mais l'inoculation a été négative. Malgré cela M. Rollet et moi n'en conservons pas moins la conviction formelle qu'il ne s'agissait pas dans la bouche comme à la vulve d'autre chose que de chancrelles.

OBSERVATION XVIII

(Bois de Loury. *Gaz. méd.* Paris 1847).

Une femme est entrée à Saint-Lazare portant des chancres aux parties génitales ; elle était atteinte en même temps d'une conjonctivite avec épiphora qui avait à peine irrité *l'angle interne de l'œil droit*; en y portant les doigts imprégnés de virus provenant de chancres, l'érosion est devenue un chancre qui s'est induré, et qui sans présenter de complications a guéri au moyen du traitement rationnel.

OBSERVATION XIX (Idem).

Une autre femme avait une otorrhée. Elle a porté dans *l'oreille* du pus qui provenait d'un chancre des parties génitales, ce qui a changé en un chancre l'ulcération légère qui existait dans le conduit auditif externe

Ces observations font assurément songer à l'auto-inoculation de chancres simples bien que dans l'observation XIX il est dit que le chancre se soit induré. Mais l'on sait que l'induration peut compliquer un chancre simple par suite d'irritations locales. Un doute subsiste néanmoins.

OBSERVATION XX

(Thiry. *Pr. médicale, belge.* 1862).

D. J... 46 ans. Il y a 3 semaines à la suite d'un coït avec une femme infectée, chancre du gland qui devient rapide-

ment phagédénique. En portant les doigts à la face, il contamina l'œil gauche et il se produisit d'abord un chancre de *la conjonctive supérieure* puis deux jours après la contamination s'étendait à la conjonctive inférieure.

OBSERVATION XXI

(Profeta. *Ann. de dermat.* 1873-64, t. V).

G. B... admis à la clinique le 16 mai 1873. Sur la verge vaste ulcération ayant détruit presque toute la peau de la verge et envahi le pubis, à bords livides et décollés, à fond brunâtre, couvert de lambeaux de tissu cellulaire mortifié, avec un pus fétide et sanguinolent ; la base était assez engorgée ; c'était un chancre non infectant phagédénique. Sur la partie antérieure du scrotum chancrèlle typique.

L'aile droite du nez était recouverte par un ulcère non infectant à bords taillés à pic. Dix mois auparavant la malade avait contracté un chancre du scrotum ayant guéri et laissé une cicatrice. Je parvins à guérir les chancres génitaux mais l'ulcère nasal s'entoura bientôt d'une multitude de petites ulcérations qui s'unissant à la première, donnèrent naissance à un vaste chancre phagédénique.

OBSERVATION XXII

(Thomachewsky. *Wien. Mediz. Press*, 1884).

P... S., entre à l'hôpital pour ulcérations du prépuce et *de la gorge*. Les ulcérations préputiales datent d'une dizaine

de jours et sont apparues 3 ou 4 jours après le dernier coït. Quelques jours après le malade se blesse la muqueuse pharyngée du côté droit avec un morceau d'os pointu, 2 jours après, l'ulcération actuelle se développe.

A l'entrée, à la partie interne du prépuce, 3 chancres accompagnées d'une adénite inguinale légère. Aucune trace de lésions syphilitiques sur le corps.

Dans le pharynx, sur l'amygdale droite, une ulcération ovale dans le sens de la longueur en recouvrant presque toute la superficie et s'étendant jusqu'à l'union de l'arc palato-glossique avec l'arc palato-pharyngien. Les bords de l'ulcère ne sont pas creux mais entourés d'un cercle inflammatoire intense s'étendant sur la muqueuse voisine. Le reste du pharynx est normal.

Le pus de l'ulcération amygdalienne est inoculé sur le bras du malade en trois points ; sur un point résultat négatif ; sur les deux autres il se forme au bout de 3 jours 2 pustules qui, ouvertes, montrèrent deux chancres mous typiques.

Le malade s'est vraisemblablement inoculé le pus des chancres lorsque, avec des doigts malpropres il retira l'os qui était resté dans l'amygdale.

OBSERVATION XXIII

(Juranowski. *Gazeta Leharska*, 1886, XI).

F... H., entre à l'hôpital pour la 3^e fois en juin 1885 pour un ulcère phagédénique de la vulve, diagnostiqué chancre simple et toujours incomplètement guéri.

Pendant ce dernier séjour à l'hôpital, la malade prisant du tabac s'infecta *le nez*.

Sur la cloison nasale 2 ulcères des 2 côtés.

Des ulcères existent sur la muqueuse du cartilage nasal inférieur; ils sont couverts d'un pus gris jaunâtre, les bords sont inégaux, dentelés et élevés sur le fond de l'ulcère; sécrétion nasale abondante, purulente et infecte. Rougeur du pharynx, des piliers et de la luette; sur la face postérieure il y a du pus provenant du nez.

Dès le commencement d'octobre le malade se plaint d'une douleur vive dans l'oreille gauche. A l'examen, la peau près du tragus est rouge et infiltrée, sur la partie cartilagineuse du conduit auditif, à la face supérieure en avant et en arrière, 2 ulcères purulents à bords gonflés, à fond profond; *chancre du conduit auditif*. Région mastoïdienne douloureuse au toucher, sans modification extérieure. Troubles de l'audition. L'oreille droite est saine.

Diagnostic. — Otite moyenne aiguë. Les jours suivants, 2 perforations se déclarèrent dans la membrane du tympan. Une inoculation faite au bras avec du pus recueilli dans la caisse du tympan fut négative.

OBSERVATION XXIV

(P. de Coquet. *Annales de Polyclinique de Bordeaux*, mai 1893).

H..., 28 ans, se présente le 25 mai porteur d'un chancre mou phagédénique de la verge, accompagné de 7 chancres du fourreau et de 6 ou 8 du scrotum, tous de même nature.

Près de l'orifice anal, ulcération ayant tous les caractères du chancre simple se dirigeant du côté droit.

Au front du côté droit, ulcération arrondie du volume d'une

grosse lentille, ayant détruit l'épiderme en enlevant la couche papillaire du derme, et recouverte d'une croûte purulente.

Sur le cuir chevelu, 8 ulcérations de dimension médiocre siégeant aussi à droite, ce qui appuie l'hypothèse d'auto-inoculation par le grattage. Pas de ganglions. Les plus petits des chancres ne mesurent pas plus de 3 millimètres d'étendue. Deux inoculations faites à l'avant-bras sont négatives.

OBSERVATION XXV

(Jeanselme. *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1893).

H..., 47 ans, entre à Saint-Louis le 3 septembre 1893, pour des *ulcérations mentonnières* et génitales qu'il porte depuis un mois et qui ont débuté 5 jours après un coït suspect.

Deux chancres simples au frein, deux autres sur la face interne du prépuce. Pas d'adénopathie.

Au menton, à droite de la ligne médiane une ulcération arrondie, du diamètre d'une pièce de 20 centimes, à base non indurée, à fond inégal, taillé à pic et sécrétant un pus abondant et visqueux. Ganglion sous-mentonnier médian, gros comme une noisette. Plus tard pas de symptômes de syphilis. Inoculation le 3 septembre avec du pus pris à l'ulcération mentonnière.

Cette inoculation donne naissance à un chancre simple typique dans le pus duquel on révéla la présence du bacille de Ducrey.

OBSERVATION XXVI

(Obs. *Bull. Norsk. Magazine*, 1894, p. 437).

H. V. 39 ans, se présente le 12 décembre 1893 avec une ulcération siégeant près de l'angle interne de l'œil, *à la paupière supérieure droite*. La croûte qui la recouvrait étant enlevée ou découverte une ulcération profonde de 4 millimètres et large de 3 millimètres, entourée d'une zone grisâtre sans induration.

Le malade portait des traces de bubon et de fistules dans la région inguinale gauche, il avait une ulcération du gland. Ces fistules n'étaient pas guéries quand l'ulcération palpébrale avait débuté 2 semaines auparavant.

Cautérisation au nitrate d'argent et guérison en 12 jours.

OBSERVATION XXVII

(Emery et Sabouraud, *in Ann. de dermat.* 1896).

M. A... âgé de 25 ans, découpeur sur métaux.

Ce malade présente comme antécédents une blennorrhagie contractée en 1891. En 1893, il prit la syphilis. Quelques ganglions sont les seuls signes subsistant de sa maladie.

Depuis six ans environ, ce malade, chaque année à la même époque, survient *à la langue* une explosion de petites ulcérations grisâtres très douloureuses. Elles guérissent sans traitement.

Aucun phénomène de tuberculose pulmonaire ou laryngée.

4 janvier. — Le malade a des rapports avec une femme de rencontre, il pratique le coït et le baiser vulvaire. Une semaine après, il constate la présence d'une petite ulcération sur le bord libre du prépuce, le lendemain deux autres lésions semblables côte à côte près de la première, et une troisième située sur le rapté postérieur du fourreau à 4 centimètres de la naissance du scrotum. Ces ulcérations s'accompagnent d'une adénopathie inguinale double très douloureuse.

Au même moment le malade remarque sur la face dorsale de la pointe de la langue une petite fissure large de 1 millimètre environ dirigée dans le sens antéro-postérieur.

Cette fissure est rouge, non saignante et nullement douloureuse.

Le mardi 14. — Le malade vient consulter M. le professeur Fournier pour ses ulcérations de la verge et de la bouche.

A son entrée on constate sur la verge la présence de quatre ulcérations présentant les caractères typiques du chancre mou. Deux bubons en voie de ramollissement très douloureux à la pression se trouvent l'un dans l'aîne droite et l'autre dans l'aîne gauche. A la langue on constate une ulcération siégeant sur la face dorsale de la pointe à droite du sillon médian.

Cette ulcération de forme irrégulièrement arrondie a environ 6 à 7 millimètres de diamètre.

Les contours très nets tranchent sur le fond rosé de la mu-

queuse voisine absolument saine. Ils présentent quelques sinuosités et à la partie postérieure un petit prolongement dans les tissus sains qui donne à cette lésion la configuration d'une ulcération en raquette.

Les bords sont d'un rouge vif légèrement surélevé, sans induration appréciable, ils sont taillés en biseau et décollés du fond de la plaie.

Celui-ci est recouvert d'un enduit pultacé blanc grisâtre d'apparence diphtéroïde. Cette concrétion peu adhérente s'enlève facilement par un léger grattage et la lésion apparaît alors même et de coloration gris rosé sans saignottement.

Cette ulcération ne provoque aucune douleur spontanée. Seule, l'irritation provoquée par les aliments, incommode le malade. Celui-ci ne présente rien d'autre sur la langue, si ce n'est une petite plaque lisse décapillée, de la dimension d'une petite lentille située dans le voisinage de l'ulcération et sans caractères propres d'ailleurs.

On ne trouve aucune lésion dans le reste de la cavité buccale ou sur les parois du pharynx.

Les dents sont en mauvais état, beaucoup ne sont plus que des chicots, mais on ne constate aucune lésion de la muqueuse à leur point de contact; elles ne provoquent aucune souffrance.

Les ganglions sous-maxillaires sont douloureux. Ils ont à ce moment la grosseur d'une noisette environ.

L'évolution ganglionnaire est rapide à la région inguinale, et surtout à la région sous-maxillaire.

Deux jours après l'entrée du malade à l'hôpital, le jeudi, l'adénopathie sous-maxillaire ne forme plus qu'une seule

masse qui tend à se ramollir à son centre. Le samedi, elle est devenue une grosseur fluctuante, de couleur violacée et du volume d'une mandarine.

La palpation réveille de vives douleurs, quoique avec de moindres proportions, le bubon inguinal gauche suit la même évolution. Dans l'aîne droite, les tumeurs ganglionnaires se résorbent.

Mercredi 15. — Dès le lendemain de l'entrée du malade, on pratique une inoculation dans la région deltoïdienne du bras gauche, avec de la substance grattée sur les bords de l'ulcération linguale.

Vingt-quatre heures après cette inoculation, on constate sur le bras la présence d'une petite ulcération creuse putriforme, recouverte d'une croûte. M. le professeur Fournier reconnaît à cette lésion les caractères de l'inoculation du chancre mou.

La cicatrisation de ce chancre inoculé est rapide ; après une période d'accroissement en profondeur et en surface de deux jours, la plaie se dessèche et se sépare. En huit jours son évolution est terminée.

Une deuxième inoculation est pratiquée le samedi suivant dans les mêmes conditions au bras droit. Les caractères de cette seconde inoculation sont identiques à ceux de la première. Elle se montre cependant moins extensive ; en cinq jours sa cicatrisation est complète.

La recherche du bacille de Ducreoy dans les concrétions et dans les parois de la plaie linguale faite par M. le Dr Sabouraud chef de laboratoire du service lui donne dès ce moment des résultats positifs.

Samedi 24. — On ponctionne les bubons sous-maxillaires

et inguinaux. L'analyse à laquelle M. le D^r Sabouraud soumet consécutivement et comparativement le pus des deux abcès, fournit de nouvelles preuves en faveur du diagnostic de chancre mou, de la verge et de la langue.

Le pansement employé a été le pansement à l'iodoforme des chancres de la verge et les lavages antiseptiques de la bouche.

Cette très belle et concluante observation de chancre simple de la langue est la seule qui existe, croyons-nous, dans la littérature médicale. Rien n'y manque, ni examen bactériologique, ni inoculation.

La bénignité de ce cas est à noter et à rapprocher de celle des chancres céphaliques, il est probable que pour la langue surtout elle est dûe à la haute température de la région, qui atténue la virulence du bacille.

Considérations cliniques sur le chancre céphalique.

Symptomatologie. — Le chancre simple présente-t-il dans la région céphalique des symptômes et des caractères qui en fassent un chancre à part, absolument distinct du chancre de la région ano-génitale? Le plus souvent non dans la majorité des cas, il est généralement constitué par *une ulcération à base molle, à bords à pic à fond irrégulier et purulent*, pouvant se compliquer, mais comme nous l'avons vu très rarement d'un *bubon*. Comme dans les autres régions l'adénite est tantôt légère,

simplement inflammatoire tantôt plus intense, mais rarement suppurative et chancrelleuse.

Les dimensions du chancre céphalique sont en général restreintes et suivent une gamme allant d'une petite lentille à une pièce de 20 centimes, rarement plus. Quelquefois il est phagédénique, en tous cas il est loin d'être toujours un chancre nain.

Quant à la durée elle est variable. Parlant de la durée du chancre génital simple le professeur Fournier dans l'article du *Dictionnaire Jaccoud* chancre simple, p. 93, s'exprime ainsi sur ce point : « La durée du chancre simple est susceptible de grandes variétés. Elle n'est jamais moindre de 4 à 5 semaines. Plus communément elle oscille entre 6, 7 et 8 semaines. Elle atteint quelquefois deux à trois mois, il est rare qu'elle dépasse ce terme. Exceptionnellement enfin, elle prend des proportions plus considérables, mais ce n'est jamais que dans les cas de complications phagédéniques qu'on voit le chancre revêtir les allures de la chronicite et persister des années entières ».

Si nous récapitulons nos observations nous verrons que la durée des chancres céphaliques, sauf dans un ou deux cas où ils se présentaient avec une tendance nettement envahissante, a été conforme aux données ci-dessus, avec quelquefois une tendance marquée à la bénignité et à la cicatrisation rapide.

A la région céphalique le siège de prédilection du chancre simple est sans contredit les lèvres ; sur les 28 observations rassemblées nous trouvons les localisations suivantes :

Chancre des lèvres.	11
Œil et conjonctive	6
Joues.	2
Menton	2
Front.	1
Nez	1
Oreille	1
Gencive.	1
Amygdale	1
Langue	1

Les lèvres et la région de l'œil sont donc les plus fréquemment atteintes, la raison en est facile à comprendre ainsi que nous l'avons déjà dit.

De toutes ces observations nous concluons que : Le chancre simple de la région céphalique est souvent petit, marchant spontanément vers la guérison, mais il s'en faut de beaucoup qu'il en soit toujours ainsi. Il acquiert souvent des dimensions qui le rapprochent du chancre de la région ano-génitale, son évolution peut être aussi longue que celle des autres chancres, enfin il peut présenter les mêmes complications que les autres chancres, le bubon suppuré, le bubon chancreux et le phagédénisme. Pour les raisons formulées déjà, il est rare, et très exceptionnellement le résultat d'une contagion prise lors du coït pour un rapport normal.

Diagnostic. — Il sera basé sur les caractères de la lésion, tels que nous venons de les décrire, sur les commémoratifs, surtout sur la coïncidence d'autres chancres simples sur différentes parties du corps.

L'examen bactériologique qui décèlera la présence du bacille de Ducrey-Unna, l'inoculation du pus de la lésion pratiquée sur le malade lui-même trancheront le diagnostic dans les cas douteux, qui en raison même de la rareté de l'affection constituent pour ainsi dire la règle générale. Le point capital, en présence d'une ulcération quelconque de la face à caractères non nettement définis est de songer au chancre simple.

Ils pourront être confondus avec des herpès, des syphilides gommeuses, des syphilides ulcéreuses, et surtout des chancres indurés. Dans tous les cas il faudra avoir recours à l'examen bactériologique, et au besoin à l'inoculation.

Un point très important est le diagnostic du chancre simple et du chancre infectant, mais à la face les caractères ne sont pas différents de ceux qu'il a dans les autres régions et il serait trop long de les énumérer ici.

II. — CHANCRES DU MEMBRE INFÉRIEUR. BRAS ET DOIGTS

Dans la *Semaine Médicale* de 1893, M. le professeur Fournier fait connaître d'après son observation personnelle et les travaux d'autres syphiliographes les formes étranges que revêt le chancre syphilitique des doigts, chancre très souvent méconnu du médecin et à plus forte raison du malade, confondu avec des affections toutes différentes, soumis à un traitement sans action sur la maladie dont il est la première manifestation, quelquefois même à un traitement chirurgical nuisible et douloureux.

Comme le chancre syphilitique le chancre mou peut être méconnu lorsqu'il se développe sur les doigts surtout. Il y simule toutes sortes de lésions banales, plaies simples, brûlures, tourniole, panaris, etc.

Le chancre accidentel du bras est excessivement rare, nous n'en avons retrouvé aucune observation dans la littérature médicale et dans les registres de l'hôpital Saint-Louis, service de M. le professeur Fournier, en commençant nos recherches, à l'année 1878 nous n'en relevons qu'un seul cas.

OBSERVATION XXVIII (Inédite)

(Communiquée par M. le Dr Edmond Fournier).

C. G..., Journalier 21 ans, entre à l'hôpital, salle St-Louis, lit n° 28, dans le service de M. le professeur Fournier.

Le malade présente à la verge une ulcération de la taille d'une pièce de 20 centimes, à bords à pic, qui est diagnostiquée chancre simple.

Au bras gauche, *au tiers supérieur du bras environ*, il porte également une seconde ulcération, à bords décollés à pic, de forme légèrement ovale et ressemblant à s'y méprendre à celle qu'il porte aux parties génitales.

Le malade ne peut expliquer la genèse de la plaie au bras.

Pour trancher le diagnostic, l'inoculation expérimentale est faite au bras droit.

Le lendemain résultat positif qui vient confirmer le diagnostic.

Si les observations de chancres simples du bras et de l'avant-bras sont très rares, par contre celles relatives à des chancres du doigt sont beaucoup plus fréquentes et par là bien plus importantes.

Après le chancre céphalique dont nous avons pu réunir environ une trentaine d'observations, le chancre des doigts est le plus fréquent.

Dans sa thèse de Paris 1896, Groleau en a recueilli 18 cas, les seuls d'après lui existant à cette époque dans la science. Nous en avons trouvé un certain nombre, publiés

dans ces dernières années, nous croyons intéressant de les reproduire ici.

Plusieurs observations sont étrangères et n'ont pas été traduites dans notre langue.

Des cas reproduits par Groleau et de ceux que nous ajoutons nous tâcherons de tirer des conclusions intéressantes.

Différents auteurs ont recherché le bacille de Ducrey-Unna et fait le diagnostic de chancre mou des doigts dans les cas suivants :

Cheinisse (*J. des maladies cutanées et syph.* 1894, p. 17) a fait le diagnostic de chancre, basé sur la constatation du bacille de Ducrey-Unna chez un jeune boulanger affecté à l'auriculaire gauche et à l'index droit d'une ulcération présentant l'aspect chancrelleux.

Kuffling (*Hosh. mag. f. Læger*, 1896, p. 15) dans un chancre du doigt qu'on avait pris pour un panaris.

Seillag rapporte 4 observations fort intéressantes que nous reproduisons ici :

OBSERVATION XXIX (Traduite).

(J. Seillag. Hôpital St-Etienne. Section des maladies cutanées et vénériennes. Budapest. Service du Dr S. Rona. *In Arch. für Dermatologie und Syphilis*. XLVIII. Wien. et Leipzig. 1899, p.365).

M. J. ..., 40 ans, célibataire, journalier, admis le 14 novembre 1895 avec chancres multiples du pénis et du scrotum.

En même temps, il porte à l'annulaire gauche une plaie contuse à base nette, produite par un morceau de charbon qu'il avait reçu sur la main.

Cette plaie demeura nette assez longtemps, jusqu'au jour où le patient voulut remettre le pansement du pénis qui était tombé ; il infecta la plaie à cette occasion.

Dès le 30 novembre se trouva à la place d'une plaie en voie de guérison un chancre typique ; la plaie s'était transformée en un ulcère à halo large rouge, à bords minés et rongés et à recouvrement jaunâtre.

Dans la région cubitale gauche, il y avait deux ganglions et dans l'aisselle gauche, plusieurs ganglions lymphatiques de la grosseur d'un haricot.

OBSERVATION XXX (Idem).

M. J... 30 ans, garçon boulanger, se présenta le 12 septembre 1898 à l'hôpital avec des ulcères existant depuis trois semaines au pénis et qu'il traitait avec un onguent jaune.

Il y a 15 jours il s'est piqué en fendant des planches, avec un clou rouillé, à la main droite *entre le pouce et l'index* ; il recouvrit la plaie de dyachilon, mais la plaie au lieu de guérir enfla et à son sommet s'éleva une vésicule qui creva puis la plaie allait toujours s'agrandissant.

Depuis 8 jours le patient ne peut plus ramener le prépuce, en arrière.

Etat présent. — Phimosis ; fort épanchement purulent de la poche préputiale ; au bord du prépuce quatre chancres larges comme un centime, recouverts de pus jaunâtre, à base molle. Ganglions lymphatiques inguinaux de la grosseur d'un haricot.

Entre le pouce et l'index de la main droite la peau est d'un

rouge vif, assez tuméfiée et douloureuse ; au centre se trouve un chancre de la grosseur d'un petit pois, à suppuration modérée et à recouvrement jaunâtre.

L'examen microscopique du chancre de la main a révélé l'existence d'un grand nombre de bacilles de Ducrey à disposition typique.

Le traitement consistant dans l'excision du chancre, la surface de la plaie fut traitée suivant les règles, il n'y eut pas de récurrence.

OBSERVATION XXXI (Idem).

F... L..., 16 ans, forgeron, se présente à l'hôpital le 17 décembre avec des chancres génitaux existant depuis un mois. Il y a douze jours, il s'est blessé avec le marteau *au médius de la main droite*, sur la plaie se développa au bout de quelques jours une pustule qui allait toujours s'élargissant.

Etat présent. — Phimosi. A la lamelle préputiale interne du gland se trouvaient de nombreux ulcères grands comme des lentilles, recouverts, rongés, minés, très douloureux. La première et la deuxième phalange du médius droit sont de moitié plus grosses ; sur l'articulation de la deuxième phalange existe un ulcère de forme irrégulière à anfractuosités, large comme un ongle, à bords minés, à recouvrement jaunâtre, difficile à soulever et qui est entouré, par une circonférence un peu plus grande que celle d'une pièce de deux francs, d'un épiderme soulevé en forme de vésicule. Au bord interne de l'extrémité supérieure droite, on sent une glande

de la grosseur d'une noisette, qui n'est pas douloureuse ; une autre se trouve dans la cavité axillaire droite.

On examine un détritüs pris à la base du chancre du doigt, on y trouve en plusieurs points des chapelets de strepto-bacilles typiques de Ducrey-Unna.

Le chancre du doigt après nettoyage préalable du voisinage fut tous les deux jours énergiquement frotté avec un tampon au sublimé, puis saupoudré de poudre iodoformée et pansé avec de la gaze iodoformée.

Le 12 janvier 1899, le patient quitte l'hôpital avec le chancre du doigt à moitié guéri et avec des chancres génitaux déjà recouverts de peau.

OBSERVATION XXXII

H. L..., 27 ans, garçon de magasin célibataire, se présente le 22 décembre 1898 à l'hôpital avec des chancres génitaux datant de 3 ou quatre semaines et qui avaient été traité jusque-là avec une solution de sulfate de cuivre. Il y a environ 3 semaines il se frappa avec un morceau de fer *l'index droit* qui enfla. Depuis la plaie faite suppura continuellement.

Etat présent. — Phimosiis. Au bord du prépuce se trouvent tout autour de petits chancres à base molle, douloureux, minés à recouvrement jaunâtre et dont les dimensions variaient entre celles de grains de mil et celles de petits pois. Dans la région inguinale gauche existe une éminence douloureuse grande comme un œuf de pigeon et recouverte de peau rouge foncée.

Sur la première phalange de l'index droit existe une pustule de la grosseur d'un haricot et remplie de pus jaunâtre.

Après enlèvement de cette pustule et du pus, on remarque un ulcère tout aussi grand, assez superficiel, à base véreuse, entouré d'un halo rouge foncé, à recouvrement jaunâtre. A l'avant-bras droit, le long des voies lymphatiques, court un cordon rougeâtre qui se termine à la hauteur de la région cubitale droite, par un agrandissement de volume plat, s'élevant un peu au-dessus du niveau de la peau, irrégulièrement délimité, non fluctuant, infiltré, douloureux, rouge foncé, de dimension dépassant un peu celle d'une pièce de cinq francs.

Dans un détritüs pris à la surface du chancre du doigt, on observa au microscope des streptobacilles de Ducrey-Unna en assez petit nombre.

Traitement. — Nettoyage du chancre du doigt, pansement à l'iodoforme tous les deux jours. Après deux changements de pansements, le chancre était complètement recouvert de peau. La lymphangite et la lymphadénite reçurent un traitement antiphlogistique; le bras fut mis au repos complet, après quoi la lymphangite céda en peu de temps; la lymphadénite existait encore le 12 janvier 1899 sous la forme d'un nodule de la grosseur d'une noisette, un peu mou, pas douloureux avec desquamation de la peau avoisinante.

Scillag ajoute aux observations ci-dessus les réflexions suivantes :

Ces cas dont trois ont été observés en l'espace de 4 mois ont été présentés à la Société des hôpitaux de Budapest et à la Société des Dermatologistes et Urologistes hongrois comme des cas très rares. Mais nous ne pensons pas qu'il en soit ainsi, puisqu'on les a observés en

l'espace de quelques mois sans que le nombre des cas de chancres génitaux ait augmenté dans notre service d'hôpital.

On observera assez souvent de ces cas pour peu qu'on veuille, dans les cas de simples chancres examiner tout le corps et ne laisser passer sans les examiner, aucune des lésions qu'ils peuvent à l'occasion présenter, notamment les mains et les doigts, particulièrement exposés à l'auto-infection.

Dès que par l'examen bactériologique on a reconnu le chancre, on peut le traiter comme il doit l'être; l'examen permet ensuite de protéger les lésions existantes contre l'auto-infection par des pansements occlusifs et de mettre en garde les patients contre celles-ci.

OBSERVATION XXXIII

(Balzer et Alquier. Société de Dermatologie, juillet 1900).

E. H., âgé de 15 ans, cordonnier, atteint de blennorrhagie il y a un an, présente aujourd'hui une couronne de six chancres mous autour du prépuce datant de 3 semaines. Pas de bubon.

Il y a une huitaine de jours, le malade s'est écorché *le doigt*. Dès le lendemain, vive inflammation avec tuméfaction du doigt. Le malade applique une pommade et des cataplasmes de farine de lin.

Actuellement, ulcération profonde, siégeant à la face dorsale de la 1^{re} articulation interphalangienne du *medius* droit. L'épiderme est soulevé, et forme autour de l'ulcère, une grande phlyctène de la grosseur d'une pièce de un franc.

On enlève cet épiderme épaissi et mortifié sous lequel se trouve une assez grande quantité de pus.

On découvre alors l'ulcération qui a une forme assez régulièrement triangulaire, de près d'un centimètre de côté avec des bords nettement taillés à pic et décollés.

Un premier examen fait il y a deux jours au moment où pour la première fois le malade s'est présenté à la consultation décèle le bacille de Ducrey en abondance sous les bords décollés du chancre.

Renouvelé depuis, cet examen a donné le même résultat.

Ce malade que nous avons vu à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Balzer présentait une simple plaie du doigt et sans grande physionomie, et la présence du bacille vint seule trancher le diagnostic; sans cela il eût été impossible de porter un jugement; de ce manque de caractère précis résulte comme nous l'avons déjà affirmé, une cause fréquente d'erreurs, et il est probable qu'il existe plus de chancres simples des doigts qu'on ne le pense, et que fréquemment ils sont méconnus.

OBSERVATION XXXIV

(M. L. Sibut. *Annales e Dermatologie*, 1893).

Marie-Louise M..., âgée de 16 ans, exerce la profession de modèle pour artistes; elle a été déflorée à 15 ans 1/2 et avoue à son entrée dans le service 24 janvier 898, faire la noce depuis deux mois. Arrêtée, elle est examinée au Dispensaire de la préfecture de police qui la dirige sur Saint-

Lazare avec le diagnostic, d'ulcérations suspectes du col.

Tout le museau de tanche n'est qu'un chancre, le cul-de-sac latéral gauche en contient deux autres, enfin deux ulcères de même nature s'observent sur la face postérieure du vagin, dans sa partie supérieure. On trouve dans les aînes de légers ganglions, sans importance d'ailleurs, car cette femme très sale a les membres inférieurs couverts d'écorchures, d'égratignures, de porte d'entrées multiples. Cette fille est pansée avec de la boue de salol. Mais craintive, mal conseillée, elle retire fort souvent ses tampons si bien que le 16 janvier 1898 apparaît un nouveau chancre mou à l'anneau vulvaire. Huit jours plus tard éclosion d'un chancre périnéal.

Poussée par une inquiétude naturelle cette fille portait constamment ses mains à ses organes génitaux et sachant son mal profond, tentait de parvenir jusqu'à lui en enfonçant son index profondément dans le vagin. Aussi une inoculation spécifique le tarda-t-elle pas à se faire au niveau d'une égratignure siégeant *à la face dorsale de l'index gauche*, à la hauteur de la deuxième phalange.

Huit jours environ après l'entrée de la malade dans le service du Dr Jullien, apparut, à son dire un petit bouton sur son doigt. Démangeaison, grattage, excoriation, ulcération. L'ulcère ainsi formé se creusa de plus en plus pendant un septenaire environ, sans douleur, accompagné d'une inflammation vive du doigt, puis peu à peu sa virulence s'atténua et le processus cicatriciel commença. Il est actuellement à peu près terminé. C'est une guérison spontanée.

Une semaine s'était écoulée depuis la première inoculation digitale quand une inoculation semblable se fit au médius de la main opposée sur un point identiquement symétrique. Inter-

rogée, la malade ignore la lésion banale qui a servi de porte d'entrée au micro-organisme. Bien entendu elle céla plus que jamais ses accidents, ne se déterminant à se confier à nous, la semaine dernière seulement, que grâce à quelques vagues douleurs qui l'effrayèrent heureusement.

Actuellement, à la main gauche on voit une tache violet sombre occupant toute la partie supérieure du dos de la deuxième phalange de l'index, la coloration de cette lésion s'atténue progressivement de la périphérie au centre.

Un cercle de desquamation épidermique irrégulière la festonne. Au centre siège une légère croûte jaunâtre environnée d'un second cercle de desquamation épidermique semblable au premier, mais moins important.

Au point correspondant du médius de la main droite s'étale une large tache rouge vif, enflammée, s'élevant progressivement de la périphérie au cratère central.

Celui-ci, dont les bords sont à pic, et largement décollés, a un fond jaune sale, velvétique, tomenteux, saignant facilement. A la pression on voit de dessous les bords de l'ulcère sourdre un pus jaune très fluide. La lésion est tout entière bordée d'un large feston desquamatif. La consistance générale est franchement molle.

Il n'y a sur le dos de la main ni lymphangite, ni rougeur, ni œdème. L'aisselle gauche est absolument libre ; la droite, au contraire, contient un énorme ganglion mobile et douloureux. Toutefois la malade, sans une légère sensation de gêne ignorerait cette complication.

Jamais ces ulcères digitaux ne l'ont fait souffrir ; elle ne consulta qu'effrayée par des douleurs fugaces parcourant le dos de la main droite.

Le pus recueilli sous les bords du chancre droit nous a montré au microscope le bacille de Ducrey parfaitement caractéristique.

Considérations cliniques.

Une description générale du chancre mou des doigts nous paraît impossible. En effet, il simule des affections étranges.

Quelquefois il se présente avec des caractères qui de suite attirent l'attention et font soupçonner sa véritable nature, à condition que le malade porte en même temps des ulcérations chancreuses aux organes génitaux.

D'autres fois la lésion digitale est loin d'être aussi caractéristique, elle n'a pas les caractères d'un chancre ; elle ressemble à une plaie infectée simple, à une brûlure superficielle, au panaris, fréquemment elle a l'aspect d'une tourniole.

Le chancre mou des doigts détermine souvent des adénites, qui aboutissent quelquefois à la suppuration, 3 fois dans les observations publiées par Grolean et que nous ne reproduisons pas.

Enfin le chancre mou est plus douloureux au doigt qu'aux organes génitaux, les cas publiés par Nové-Josseland sont là pour faire foi.

Comme conclusions.

Le chancre mou des doigts a souvent un aspect étrange, il est souvent compliqué d'adénite et il est douloureux.

Diagnostic. — Il est difficile, surtout quand il n'y a pas concordance avec un chancre génital.

Le point capital pour le clinicien sera de penser tout d'abord au chancre mou, et de le prouver ensuite.

Pour cela deux méthodes, l'inoculation sur le malade lui-même, et enfin et surtout la recherche du bacille de Ducrey, dans des cas difficiles, diagnostic assuré par l'examen bactériologique et l'auto-inoculation.

III. — CHANCRES DU TRONC.

Après l'étude des chancres céphaliques et des chancres du membre supérieur nous en arrivons à une catégorie de chancres à localisations bizarres, et partant d'une grande rareté.

Les chancres du thorax, du dos, sont d'une observation fort peu courante, et nos recherches dans la bibliographie française et étrangère ne nous en ont fait découvrir qu'un petit nombre, nous croyons donc intéressant de reproduire ici les observations recueillies.

L'étiologie en est fort difficile à déterminer, et le hasard joue le principal rôle.

OBSERVATION XXXV

(Roussaïa Medicina. Isatschik, 1894, n° 31).

Malade de 26 ans s'adressant à l'auteur pour des douleurs *du côté gauche du thorax*.

A l'examen on constata à la partie inférieure de la moitié gauche, un ulcère mesurant 8 cm. de largeur sur 4 centimètres 5 de hauteur, à bords décollés, entourés d'une zone inflammatoire.

Quelques ulcérations sur la verge au voisinage du gland.

Les ulcérations du gland se sont montrées trois jours après un coït et datent de quinze jours.

Quatre jours après l'apparition des premières ulcérations survint l'ulcère de la paroi thoracique dû probablement au transport du virus chancreux par le malade lui-même, mais il ne peut donner aucune explication complémentaire, et ne sait comment l'infection s'est produite.

Cette observation est assez incomplète, néanmoins Isatschik conclut formellement à l'existence d'une chancrelle thoracique.

OBSERVATION XXXVI

(Sorel. *Archives médicales de Toulouse*, 1896).
(*Annales de Dermatologie*, 1897).

Jeune homme de 19 ans, ayant un chancre mou type sur la face dorsale du fourreau de la verge.

Le malade était atteint de pédiculi pubis ; accidentellement il se coupa au doigt et de plus il se fit avec la pointe des ciseaux deux petites érosions, l'une *au niveau et à droite de la symphyse pubienne*, l'autre au-dessus de la symphyse.

Peu de jours après, les petites blessures se transforment en plaies croûteuses.

Une inoculation avec du pus de ces plaies est tentée au bras et donne un résultat positif.

Des recherches bactériologiques firent découvrir dans le pus le bacille de Ducrey.

OBSERVATION XXXVII

(Puche. *Union médicale*, 1853, p, 37).

M., âgé de 19 ans, menuisier, entre à l'hôpital du Midi.

Il était affecté de trois chancres qui avaient pour siège le frein, le gland et l'impasse du prépuce. L'invasion de ces chancres remontait à 58 jours.

Sur *l'épaule gauche* presque au centre de l'omoplate existait une ulcération ayant la forme d'un *echtyma* ; elle était large comme une pièce de dix sous et datait de douze jours. M... ne peut assigner aucune cause déterminante de sa lésion.

Le 14 avril. — Le pus de l'ulcère de l'épaule est inoculé à la cuisse droite. La piqûre s'enflamme, détermine une large pustule qui bientôt s'ulcère et prend la forme *echtymateuse*. Une adénite, peu volumineuse se développe dans la région inguinale gauche. Malgré le repos au lit et les cataplasmes émollients, elle marche rapidement vers la suppuration.

Ponction et guérison rapide.

La forme de l'ulcération de l'épaule, son isolement, les résultats de l'inoculation prouvent la nature de l'ulcération et ne permettent pas de la confondre avec l'*echtyma* constitutionnel.

Voici un chancre à siège absolument insolite et dont la nature aurait pu facilement être méconnue surtout si ce chancre de l'épaule avait été seul et sans lésions génitales coïncidant avec lui.

OBSERVATION XXXVIII

(A. Pospelow, in. *Atlas international des maladies de la peau*. Fascicule II, 1889).

M. F. 25 ans, domestique, mariée malade depuis 6 semaines, entre le 10 janvier 1884 à l'hôpital Mjasmitzki, lit n° 9, n° 44 du recueil d'observations.

A la face interne de la petite lèvre gauche et symétriquement à la face interne de la petite lèvre droite et aussi au niveau de l'orifice de l'urèthre et au niveau de la fourchette se trouvent des ulcérations à bord rongés, décollés, assez profondément creusés et à fond recouvert d'une matière gangréneuse et grisâtre. Le reste du tégument externe et des muqueuses ne présente rien d'anormal.

Les ganglions lymphatiques du côté gauche sont augmentés de volume, cependant ils sont indolents à la pression. Les autres ganglions sont normaux. On prescrit une pommade à l'acide carbonique et à l'axonge. Au bout d'une semaine les ulcérations se sont détergées et ont commencé à se cicatriser.

20 janvier. — Les ulcérations saignent. 22 janvier. Les ulcérations prennent un mauvais aspect : 24 janvier. Leur aspect devient meilleur. 27 janvier. Les ulcérations se cicatrisent.

On voit apparaître *sur le mamelon droit* une ulcération chancrreuse semi-lunaire. Acide carbonique. 29 janvier.

Les ulcérations situées au mamelon augmentent et celles des organes génitaux se guérissent. 1 février. L'ulcération du mamelon devient plus grande et plus ronde. Iodoforme.

On fait sur l'avant-bras droit une cautérisation provocatrice. 2 février. Pas de réaction. Bords exudatifs et rougeur autour de la région cautérisée. 8 février. L'ulcération du mamelon augmente. Iodoforme. 11 février. Menstrues.

L'ulcération du mamelon augmente au niveau de son bord supérieur. 15 février. L'ulcération du mamelon commence à se déterger. 17 février. Il se produit de la suppuration autour de l'eschare produite par la cautérisation provocatrice. Gonflement notable autour de celle-ci. 18 février. Les ulcérations des organes génitaux sont cicatrisées. Celle du mamelon se nettoie. 19 février. L'ulcération du mamelon est presque complètement détergée. 21 février. Les bords de l'ulcération commencent à prendre un aspect sale.

22 février. — L'ulcération redevient plus propre. L'eschare de cautérisation s'est détachée à moitié, c'est pourquoi on l'a coupée. 24 février. On a enlevé le reste de l'eschare.

25 février. — La surface de l'ulcération prend un aspect granuleux. 29 février. L'ulcération se cicatrise.

1^{er} mars. — Il se produit un gonflement au niveau de la partie postérieure du pharynx, résistant, indolent, à peine fluctuant. 3 mars. La fluctuation devient plus nette. La température est de 37° le soir et de 37°3 le matin. 9 mars. Lorsqu'on fait une ponction dans le gonflement, il n'en sort que du sérum. On prescrit tous les jours 1 gr. d'iodure de potassium. 13 mars. Le gonflement diminue. 28 mars. Iodure de potassium 1,3 par jour. Frictions avec l'onguent gris 2,0 par jour. 3 avril. Le gonflement n'a pas changé d'aspect. L'ulcération consécutive à la cautérisation provocatrice n'est pas encore guérie. 12. avril. Le gonflement a

pâli mais est devenu plus dur. 18 avril. Gingivite et stomatite mercurielles.

21 avril. — Menstrues. 26 avril. Le malade quitte l'hôpital.

Cette observation constitue le seul cas de chancre simple de la mamelle existant dans la science.

La seule confusion possible pourrait être faite avec une ulcération gommeuse. En ce sens plaiderait la lésion pharyngée de nature douteuse. Mais le manque total de syphilis dans l'anamnèse et tous les autres symptômes observés chez la malade plaident en faveur du diagnostic de chancrelle.

Soit donc en tout 4 observations seulement de cette catégorie de chancres.

Un chancre de l'épaule (obs. XXXVII) un chancre du thorax (obs. XXXV) un chancre de la région sous-ombilicale (observation XXXVI) et enfin un chancre du sein (observation XXXVIII).

Ces rares localisations de la chancrelle ne présentent rien de bien spécial, sinon une tendance à occuper un espace considérable, nous voyons en effet une ulcération de 8 centimètres de large sur 4 centimètres de haut., c'est là un fait exceptionnel, rarement dans la zone génitale, le chancre simple atteint de telles dimensions. Il est probable que ce sont là les résultats d'une thérapeutique mal appropriée et certainement irritante.

Avec ces chancres pas d'adénopathie perceptible, et dans aucun cas il n'y eut de bubon suppuré.

Aux chancres du tronc nous ajouterons les chancres de

la région anale, ces dernières sont d'une grande fréquence mais ne présentent rien de bien spécial, nous ne nous appesantirons donc pas beaucoup sur leur étude.

Chancres de l'anüs.

Les chancres de l'anüs sont plutôt des chancres péri-génitaux que véritablement extra-génitaux.

On les rencontre le plus souvent chez la femme que chez l'homme, d'abord parce qu'elles payent un plus lourd tribut à la sodomie, puis parce qu'elles sont plus exposées aux érosions, aux fissures sur lesquelles le pus chancereux peut s'inoculer, enfin en raison des rapports de voisinage de la vulve et de l'anüs.

Les statistiques publiées sur ce point sont significatives. Nous trouvons en effet chez la femme 25 chancres de l'anüs sur 206 et chez l'homme 7 sur 1388 soit 1 sur 8 pour le premier cas et 1 sur 200 dans le second. (Statistique Jullien). Statistique Le Pileur, 49 fois sur 7 malades.

Ces chancres siègent plus ou moins loin de l'orifice anal, beaucoup se développent entre les plis radiés et s'étendent jusqu'au niveau du bord supérieur du sphincter interne, qu'ils ne dépassent que très rarement.

Ils sont de forme allongée, et ont fréquemment la forme d'un bissac. Leur dimension varie de la grosseur d'une pièce de 20 centimes à celle d'une pièce de 5, de 10 centimes, voire même de 5 francs.

Les chancres de l'anüs sont fréquemment multiples, ils

sont ordinairement au nombre de deux, l'un en avant, l'autre en arrière de l'orifice, rarement latéraux.

Ces chancres peuvent être l'occasion de douleurs assez vives provoquées par la défécation, la marche, la position assise. Ils déterminent fréquemment du ténesme, des épreintes, et on a quelquefois été obligé de les traiter par la dilatation (Péan).

La durée varie de 3 à 4 semaines en moyenne mais elle peut être beaucoup augmentée surtout si elle coïncide avec des hémorroïdes.

En résumé peu ou pas de différences avec le chancre simple génital.

IV. — CHANCRES DU MEMBRE INFÉRIEUR

Nous en arrivons maintenant à la dernière catégorie de chancres extra-génitaux que nous nous sommes proposés d'étudier, les chancres du membre inférieur.

Ces chancres sont beaucoup plus fréquents et partant plus importants que les chancres du tronc. Les causes de cette fréquence résident tout entières, surtout pour la portion supérieure et interne de la cuisse, dans les relations de voisinage qu'elle présente avec la verge et le scrotum. Ce sont donc presque toujours des chancres secondaires dûs à des auto-inoculations.

L'étiologie en est généralement simple. Les vêtements, les objets de pansement, la verge même, couronnée de chancres, sont au contact presque immédiat avec la région supérieure de la cuisse; qu'à ce niveau une petite ulcération se produise, que le malade ait en même temps que son chancre une dermatose quelconque, la gale ou toute autre porte d'entrée au virus, secondairement se développeront sur toutes ces petites plaies une quantité de chancres simples. Un autre facteur peut entrer en jeu, nous verrons en effet, dans une observation du professeur Fournier, un malade contracter un vaste chancre du mollet en grattant avec ses mains souillées de pus une petite égratignure qui s'y trouvait. Nous avons déjà vu le même fait se produire avec des résultats identiques dans notre étude des chancres céphaliques.

Les observations que nous publions sur cette catégorie sont inédites à l'exception d'une seule. Nous les devons

à l'obligeance de M. le docteur Edmond Fournier, chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis. Tous les malades ont été en traitement dans le service du professeur Fournier.

OBSERVATION XXXIX (Inédite).

Le 8 mai 1880, se présente à la consultation de l'hôpital Saint-Louis M. B..., exerçant la profession de blanchisseuse, âgée de vingt ans.

La malade présente à l'examen une grande quantité de petits chancres criblant la vulve, la fourchette, cinq chancres également ont pour siège la partie supérieure de la cuisse droite.

D'après la malade, elle est atteinte de son affection depuis 15 jours environ, et affirme que les chancres des cuisses ne sont apparus que plusieurs jours après ceux des parties génitales.

Eprouvant de vives démangeaisons, probablement provoquées par des pédiculi pubis, la malade s'était grattée et avait déterminé à la partie interne de la cuisse droite de petites érosions qui contaminées postérieurement par les vêtements souillés étaient devenues des chancres.

Aucune inoculation ne fut tentée, les signes objectifs des lésions suffisaient nettement à établir le diagnostic et faisaient écarter toute possibilité de chancres infectants multiples.

OBSERVATION XL (Inédite).

Observation communiquée par M. le Dr E. Fournier.

M. A. J..., âgé de 54 ans, se présente le 3 septembre 1900

à la consultation de l'hôpital Saint-Louis pour une éruption généralisée, érythémato-papuleuse sur le tronc et papulo-ulcéreuse sur les membres inférieurs.

Il est fort difficile d'obtenir des renseignements précis sur les débuts de cette éruption; néanmoins voici ce qu'il a été possible de reconstituer d'après les souvenirs de cet individu dont la mentalité est plus qu'affaissée.

Chiffonnier de son état, il est depuis longtemps couvert de poux, il a depuis une date indéterminée, plusieurs mois sans doute, la gale, et on trouve sur lui de nombreux sillons. Tout cela l'inquiétait et l'incommodait fort peu.

Mais depuis un mois il a des plaies à la verge et aux jambes et c'est cela qui l'a conduit à l'hôpital.

Ces plaies multiples au nombre de 40 au minimum sont recouvertes de concrétions purulentes, de fragments de charpie, de cheveux; elles sont dans un état sordide qui empêche de poser un diagnostic sûr.

Après un nettoyage et un interrogatoire plus complet, il me fut possible d'apprendre ceci :

Il y a environ 4 semaines, après un coït avec une fille publique de bas étage, il eut à la verge, une, deux, puis trois ulcérations qu'il ne songea même pas à panser.

C'est depuis cette époque que sont survenues les plaies des membres inférieurs.

Les plaies de la verge ont l'aspect typique des chancres simples; l'aspect de ces lésions joint aux notions étiologiques, à l'état des ganglions ne laisse pas de doute.

La similitude parfaite des lésions des cuisses et des jambes avec celles de la verge me firent penser que ces multiples lésions étaient toutes des chancres mous.

La présence du bacille de Ducrey dans les préparations de pus provenant de plusieurs de ces plaies ; deux inoculations au bras qui formèrent deux chancres mous typiques levèrent tous les doutes possibles.

Il s'agissait bien là de chancres mous multiples siégeant aux cuisses et aux jambes. Je ne puis fixer le chiffre exact de ces chancres, ayant omis à l'époque de l'inscrire, mais sur une photographie que j'ai sous les yeux et qui représente le tiers supérieur de la face interne de la cuisse droite du malade, je compte 13 chancres ; or comme il en existait à peu près autant sur la jambe droite et sur la cuisse et la jambe gauche, je puis sans causes d'erreur estimer à une quarantaine au moins le chiffre total de ces chancres.

Cette multiplicité extrême était certainement due aux inoculations successives qu'avait occasionnées sur une épiderme labouré de sillons de gales d'écorchures et de lésions de grattage le transport du pus chancrelleux dont était imprégné le pantalon du malade au contact direct avec les chancres de la verge non pansés.

Les chancres de la verge, ceux du bras dus à l'inoculation expérimentale et ceux des membres inférieurs cédèrent rapidement à l'influence de quelques cautérisations. Nous retrouvons dans cette intéressante observation l'étiologie la plus ordinaire des chancres de la cuisse et de la jambe, les mêmes causes produiront les mêmes effets dans les observations suivantes.

OBSERVATION XLI

(A. Fournier et Loeper. *Annales de dermat.*, 1898).

Malade entre dans le service de M. le professeur Fournier pour une ulcération *de la face postérieure de la jambe droite* ayant tous les caractères d'une lésion syphilitique tertiaire: bords réguliers, circulaires à l'emporte-pièce, fond anfractueux recouvert d'un pus assez épais, réaction périphérique légère et peu étendue. Les lymphatiques de la partie interne de la jambe n'étaient pas engorgés et les ganglions de l'aîne, répondant aux vaisseaux du membre inférieur n'étaient point perceptibles.

Le malade affirmait n'avoir jamais eu de chancre induré et ne présentait aucune tare de syphilis héréditaire mais il était porteur depuis deux mois, d'une couronne de chancres mous absolument typiques.

Il racontait que la lésion de la jambe avait suivi de 15 jours environ celles de la verge, et qu'il s'était très probablement inoculé le pus chancreux au niveau d'une petite érosion, soit par grattage, soit même par simple frottement de son pantalon souillé. Il s'aperçut en effet qu'une petite écorchure prurigineuse, qu'il portait à la jambe avait un jour changé complètement de forme et d'aspect, qu'elle était devenue cratériforme, jaunâtre, puis avait atteint en deux semaines les dimensions qu'elle présente actuellement.

L'hypothèse émise par le malade était parfaitement plausible, il n'y avait plus qu'à la vérifier bactériologiquement.

Les produits de râclage de l'ulcère furent colorés par la méthode de Nicolle : ils renfermaient le bacille de Ducrey et quelques cocci sans caractères. Ce micro-organisme, un peu renflé aux extrémités, peu coloré à la partie moyenne, et présentant par places la disposition en chaînette, ne prenait pas le Gram. Inutile d'ajouter qu'il se trouvait identique au niveau de la verge.

On n'osa tenter l'inoculation au bras, vu le phagédénisme de l'ulcération.

C'était donc bien au chancre simple du mollet dont le phagédénisme rapide s'explique par l'étylisme prononcé du malade.

OBSERVATION XLII

(Sorel. *Archives Médicales de Toulouse*, 1896).

Chancre simple du prépuce chez un homme de 26 ans, ce chancre remonte à 25 jours et se produisit 3 jours après un coït suspect.

Quelques jours après le début de ce chancre est apparu au-dessus de la malléole externe droite une rougeur avec tuméfaction d'origine indéterminée sur laquelle se produisit peu après une ulcération recouverte de croûtes.

A l'entrée cette ulcération longue de 25 millimètres et large de 10 avait des bords déchiquetés, taillés à pic, non décollés ; un fond grisâtre, recouvert d'un exsudat purulent ; l'inoculation donna des pustules caractéristiques dans l'exsudat desquelles on retrouva des bacilles de Ducrey.

La preuve expérimentale bactériologique existe bien ici, malheureusement l'étiologie du chancre de la jambe reste complètement incertaine, nous ne savons comment s'est fait la contamination, il est probable que dans ce cas comme dans bien d'autres elle a été médiate, et qu'une petite écorchure souillée a été la porte ouverte au virus.

OBSERVATION XLIII (inédite).

D. S. 52 ans. Porteur de fourneaux, se présente à la consultation de l'hôpital St-Louis le 26 novembre 1898.

Il est admis dans le service de M. le professeur Fournier salle St-Louis, lit n° 39.

Le malade présente au prépuce une couronne de chancres mous, datant d'un mois et demi. Le malade interrogé se rappelle parfaitement avoir vu apparaître ses « écorchures » trois ou 4 jours après un coït avec une prostituée qu'il a rencontrée dans la rue.

Dans les deux aines adénite légère, peu douloureuse et ne gênant nullement le malade, qui ne la perçoit qu'au contact des doigts.

A son entrée à l'hôpital le malade est également porteur à la jambe droite, à la partie externe du mollet d'une ulcération de forme arrondie, ayant la taille d'une pièce de 20 centimes environ, à bords déchiquetés à pic, à fond gris jaunâtre, recouvert d'un exsudat purulent.

Le malade très précis dans ses détails affirme que la plaie de sa jambe est postérieure d'environ 15 jours aux lésions qu'il avait à la verge, de plus il se souvient avoir eu à ce niveau une petite écorchure qu'il aurait grattée fréquemment,

qu'ensuite elle se serait envenimée, se serait recouverte d'une petite croûte qui en tombant aurait laissé l'ulcération dont il est porteur.

Vu la coïncidence des chancres de la verge et les signes objectifs de la lésion le diagnostic de chancre simple de la jambe fut porté. La recherche du bacille de Ducrey fut tentée et donna un résultat positif.

Encore un cas certain de chancre extra-génital occasionné par une simple lésion de grattage envenimée et dégénérant en chancrille par un contact avec des mains souillées.

OBSERVATION XLIV (Inédite)

P. E. domestique se présente à l'hôpital le 5 février 1881.

Il est admis dans le service de M. le Professeur Fournier.

A son arrivée le malade présente un chancre typique de la commissure mais avec la partie supérieure des cuisses littéralement criblée de petites ulcérations.

A la *cuisse droite* au niveau de la portion inférieure du scrotum on compte 13 petites ulcérations chancreiformes, arrondies, à bords taillés à pic, allant de la dimension d'une lentille à celle d'une pièce de 20 centimes; à bords taillés à pic, à fond jaunâtre secrétant continuellement un pus sanieux, abondant. Ces petites ulcérations sont douloureuses et saignent facilement.

Dans l'aîne les ganglions correspondant aux lymphatiques du scrotum et ceux ayant sous leur dépendance les territoires de la verge sont apparents, sensibles à la pression, ils

présentent une consistance molle mais la peau sus-jacente est blanche et il ne paraît pas y avoir de tendance à la suppuration.

A la cuisse gauche on trouve également 12 chancres mais ceux-là plus petits et sans retentissement ganglionnaire.

Le malade assure que les ulcérations des cuisses ont suivi de peu de jours celles de la verge. Il y en eut d'abord une, puis tout autour poussèrent à peu près simultanément les autres.

Cet individu était couvert de *pediculi pubis* depuis de longs jours déjà, et il se grattait violemment. Il est probable qu'en agissant ainsi il s'est fait de petites écorchures qui consécutivement souillées ont dégénéré en chancres simples.

Traité par le repos au lit et la poudre d'iodeforme, tout rentra dans l'ordre en un mois et aucun des ganglions de l'aîne ne suppura.

OBSERVATION XLV (inédite).

M. P. 32 ans, homme de peine, entré à l'hôpital Saint-Louis, service du Pr. Fournier, où il est admis et occupe le lit n° 41, le 28 juillet 1893.

Cet homme présente à son entrée à l'hôpital un chancre induré sous-préputial des plus nets.

Mais en même temps que cette lésion infectante il est atteint de chancrelle à la racine de la verge et de plus il présente *sur le sommet de la cuisse droite* un autre chancre simple en voie de cicatrisation.

Les trois lésions auraient été, d'après ses affirmations,

absolument contemporaines et seraient survenues chez lui après un coït avec une femme suspecte, seulement les chancres de la verge et de la cuisse auraient commencé à paraître quatre jours environ après sa rencontre tandis que le chancre infectant n'aurait paru que trois semaines après.

Le chancre de la verge et celui de la cuisse, furent perçus par le malade en même temps et le même jour, la chancrèlle de la cuisse fut plus rapidement guérie que celle de la racine de la verge.

Adénopathie inguinale, double, dure, indolente et relevant surtout de lésion infectante.

Dans cette observation nous voyons un fait assez curieux se produire, un chancre de la cuisse coïncidant avec un autre chancre simple de la verge et sans que l'on puisse soupçonner le premier d'avoir produit le second. Pour expliquer ce fait nous pouvons supposer que le malade portait une érosion à la base de la cuisse et qu'elle vint en contact avec les parties génitales externes d'une femme qui devait avoir de nombreux chancres simples.

C'est un des rares cas de chancres du membre inférieur où l'auto-inoculation par les doigts où les vêtements ne joue aucun rôle et où la contamination est directe.

Nous voyons dans les quelques observations de chancres des membres inférieurs que nous reproduisons ici, la maladie évoluer et être produite à peu près toujours de façon identique.

Le diagnostic n'a généralement pas présenté de difficultés, le voisinage constant de chancres du prépuce ou

de la base de la verge facilitant singulièrement le diagnostic.

Dans un seul cas (observation A. Fournier et Lœper) le malade se présente avec une lésion ayant tous les caractères d'une syphilide tertiaire, le siège en est trop éloigné des parties génitales et l'infection ne peut s'expliquer par un contact direct. Comment donc expliquer la contamination ? Elle relève donc d'un agent intermédiaire et se sont encore les mains que nous retrouvons si souvent coupables et qui comme nous l'avons vu antérieurement ont été la cause de tant de lésions chancrelleuses de la tête et du tronc.

Les chancres du membre inférieur siègent le plus souvent à la cuisse, surtout dans la partie la plus rapprochée des organes génitaux, sommet des 2 faces internes ; nous ne relevons en effet que 2 cas de chancres de la jambe, une du mollet et l'autre de la malléole. L'explication en est toute simple et nous l'avons déjà donnée.

L'adénopathie est constante mais sans tendance à la suppuration ganglionnaire, le mal évolue dans les limites de temps et avec la symptomatologie que nous lui connaissons à la zone génitale.

Nous retrouvons ici les mêmes facteurs de gravité que dans les autres régions ; tout état de résistance moindre de l'organisme influe sur la durée, favorise le phagédénisme et empêche la cicatrisation rapide de la lésion ; c'est ainsi que dans un cas nous voyons l'ecthylisme du malade contribuer puissamment à donner à un chancro simple de la jambe une importance et une gravité exceptionnelles.

CONCLUSIONS

1° Les chancres simples extra-génitaux quoique rares sont plus fréquents qu'on ne le croit généralement. Cette rareté tient souvent à ce que nous les recherchons avec les signes qu'ils n'ont pas.

2° Par ordre de fréquence et d'importance nous les classerons de la façon suivante : chancres céphaliques, chancres des doigts, chancres des membres inférieurs, chancres du tronc.

3° Le médecin en face d'une ulcération située sur un territoire quelconque, face, thorax, membres, doit penser à la possibilité d'un chancre simple extra-génital.

4° La grande source des chancres extra-génitaux résidant dans une contamination secondaire par les mains infectées ; *dans un but prophylactique* le médecin devra recommander au malade de prendre de grands soins de propreté, de se laver les mains avec une solution antiseptique chaque fois qu'il aura touché sa plaie ou ses pansements souillés du pus chancrelleux.

5° Le diagnostic difficile dans bien des cas réside en dernier ressort dans la présence des fibres élastiques et des bacilles de Ducrey dans la zone sous-jacente au pus et enfin dans l'inoculation.

Vu : le Président de la thèse

A. FOURNIER

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- Balzer.** — Sur les complications du chancre mou. In Répert. de Thérapeutique. Paris, 1895.
- Balzer et Alquier.** — Compte-rendu de la Société de Dermatologie de juillet 1900.
- Bassereau.** — Traité des inflammations de la peau symptomatiques de la syphilis. Paris, 1852.
- Belhomme.** — Thèse de Paris, 1862.
- Berdal.** — Traité pratique des maladies vénériennes. Article chancre simple.
- Boys de Loury et Costilles.** — Gazette médicale de Paris, 1847.
- Brouardel et Gilbert.** — Traité de Médecine. Article sur le chancre mou (Balzer).
- Buzenet.** — Thèse de 1855.
- Du Castel.** — Chancres génitaux et extra-génitaux.
- Celso Pillizari.** — Milan, 1882.
- Cheinisse.** — Chancres des doigts. Journal des maladies cutanées et syphilitiques, 1896.
- De Coquet.** — Chancres mous de la verge, du scrotum, de la face. In Annales de la Polyclinique de Bordeaux.
- Debove et Achard.** — Manuel de Médecine. Article chancre simple (Jeanselme).

Diday. — Gazette médicale de Lyon. Décembre 1857.

— Etude sur le chancre céphalique. Lettre à M. A. Fournier. Union médicale, 1858.

— Annales de Dermatologie, 1871-73, t. IV.

Emery et Sabouraud. — Bulletin de la Société française de Dermat. et syphiligraphie, 1896.

Eudlitz. — Chancre simple céphalique. Archives générales de médecine, 1897.

Fournier (A). — Etude sur le chancre céphalique. Union médicale de 1858.

— Article Chancre du Dictionnaire de méd. et chirurgie pratiques.

— Les chancres extra-génitaux.

Fournier et Lœper. — Annales de Dermatologie 1898.

Groleau. — Thèse de Paris 1896.

Guranowsky. — Gazetta Lekarska, 1886, VI.

Hulot. — Observations de chancres extra-génitaux. Annales de Dermatologie, 1879-80.

Hübbenent. — Union médicale, mai 1858.

Isatschik. — Roussaia Medicina, 1894.

Jeanselme. — Contribution à l'étude du chancre mou céphalique. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1893.

Jullien. — Traité pratique des maladies vénériennes, 2^e édition.

— Variétés et formes anormales du chancre simple. Progrès médical, Paris 1878.

— Recherches expérimentales sur le chancre mou.

Labarthe. — Le chancre simple. Paris 1872.

Nadau des Islets. — Thèse Paris 1858.

No vé-Josserand. — Nouveaux cas de chancres simples des doigts. Lyon médical 1895.

Ole. — Bull. Norsk. Magazine. 1894.

Le Pileur. — Statistique des maladies vénériennes.

Profeta. — Sur le chancre non infectant céphalique. Annales de Dermatologie, 1878.

— Annales de Dermatologie, 1873-74. t. V.

Fuche. — Union médicale, 1853.

Ricord. — Traité pratique des maladies vénériennes.

— Leçons sur le chancre, publiées par le docteur Fournier.

— Du chancre de la bouche et de son diagnostic différentiel.

Robert Melchior. — Traité des maladies vénériennes, 1861.

Rollet (J.). — Traité des maladies vénériennes.

— Article chancre simple. Dictionnaire Encyclopédique des sciences médicales. Paris 1871, XX.

Scillag. — Chancres mous des doigts. Archives fur Dermatologie und syphilis. Wien et Leipsig, 1899.

Sibut. — Annales de Dermatologie, 1898.

Sorel. — Archives médicales de Toulouse 1896.

Sorezina. — Gaz. méd. ital. lombardia, 1863. n° 17.

Suche. — Chancre de l'épaule. Union médicale. Paris, 1853.

Thiry. — Presse médicale belge, 1862.

Thomachewsky (de Kiew). — Wien. Mediz. Presse, 1884.

Venot. — Bordeaux médical. Avril 1875.

Vignes. — Chancre de la conjonctive. Presse médicale, juillet 1889.

